

SUPERVISION PROTECTORA PLAN DE COBERTURA LAS 24 HORAS AL DIA

POR FAVOR ESCRIBA CON LETRA DE MOLDE.

NOMBRE DEL BENEFICIARIO DE SERVICIOS DE CASA Y CUIDADO PERSONAL (IHSS):	NO. DE TELEFONO DEL BENEFICIARIO:
DIRECCION DEL BENEFICIARIO DE IHSS:	
NOMBRE DE LA PERSONA DE CONTACTO PRINCIPAL RESPONSABLE:	NO. DE TELEFONO DE LA PERSONA DE CONTACTO:
PARENTESCO/RELACION CON EL BENEFICIARIO:	

Como la persona de contacto principal para los arreglos relacionados con el plan de cobertura las 24 horas al día para el beneficiario mencionado anteriormente, confirmo mi entendimiento de lo siguiente:

- Se han hecho arreglos y se ha establecido un plan de cobertura las 24 horas al día.

Los requisitos de un plan de cobertura continua las 24 horas al día se pueden cumplir usando cualquier combinación de horas pagadas de IHSS y varios otros recursos alternativos (es decir, centros de cuidado para adultos o niños durante el día, centros de recursos comunitarios, centros para ancianos, centros para descanso temporal, etc.).

- Los requisitos de un plan de cobertura las 24 horas al día se cumplirán en todo momento.
- Si hay algún cambio al plan de cobertura las 24 horas al día (es decir, hospitalización, participación en programas de cuidado durante el día, viajes, etc.), inmediatamente **le notificaré al trabajador social de IHSS.**
- El beneficiario mencionado anteriormente tiene una necesidad establecida para supervisión protectora las 24 horas al día para poder quedarse en su hogar de una manera segura. El trabajador social de IHSS también me ha hablado acerca de lo apropiado que es el cuidado fuera del hogar como alternativa a la supervisión protectora las 24 horas al día.

NOMBRE DEL PROVEEDOR DE CUIDADO (1):	NO. DE TELEFONO DE LA PERSONA DE CONTACTO:
NOMBRE DEL PROVEEDOR DE CUIDADO (2):	NO. DE TELEFONO DE LA PERSONA DE CONTACTO:
NOMBRE DEL PROVEEDOR DE CUIDADO (3):	NO. DE TELEFONO DE LA PERSONA DE CONTACTO:

Describa la implementación del plan de cobertura las 24 horas al día para supervisión protectora:

FIRMA DE LA PERSONA DE CONTACTO PRINCIPAL RESPONSABLE:	FECHA:
FIRMA DEL TRABAJADOR SOCIAL DE IHSS:	NO. DE TELEFONO DE LA PERSONA DE CONTACTO: